



SANCTUAIRE DIOCÉSAIN de « ROSA MYSTICA MÈRE DE L'ÉGLISE »
DIOCÈSE DE BRESCIA



Nom du Groupe _____
Nom du Chef de Groupe _____
Adresse _____
Tel. _____
E-mail _____

RÉFÉRENCE DU PRÊTRE

Nom et Prénom _____
Adresse _____
Tel. _____
E- mail _____

RÉSERVATION / VISITE EN DATE DE

Date ___/___/_____ L'heure _____
Célébration de la S. Messe OUI NON
Nom du Prêtre célébrant _____

**LE PRÊTRE CÉLÉBRANT DOIT PRESENTER
LA CARTE D'IDENTITÉ ECCLESIASTIQUE**

En vertu et aux fins des systèmes législatifs, y compris les articles 13 et 14 du règlement (UE) 2016/679, en signant ce formulaire,

J'AUTORISE

le traitement des données personnelles fournies

DATE ___/___/_____ SIGNATURE LISIBLE _____